

ผลของโปรแกรมธรรมะบำบัดและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มที่มีต่อความเครียด ในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

มธุรส สว่างบำรุง^{*a}

บทคัดย่อ

งานวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมธรรมะบำบัด ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมธรรมะบำบัด กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และกลุ่มควบคุม กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-85 ปี ซึ่งมี 4 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ และสุ่มแบบเจาะจง จำแนกกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม รวม 24 คน เครื่องมือวิจัยคือ แบบสอบถามความเครียดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาทดสอบ t-test for dependent, t-test for independent และ F-test ผลวิจัยพบว่า ช่วงหลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1) กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมธรรมะบำบัดกับกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2) กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ 3) ผลการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ 1, 2 และ 3 มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น ทั้ง 2 วิธีการนี้จึงส่งผลดีต่อการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในด้านความเครียดและสามารถปรับตัวเผชิญความจริงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้อย่างสมดุลชีวิต

คำสำคัญ: โปรแกรมธรรมะบำบัด; การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม; ความเครียด; ผู้สูงอายุ; โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

^{*} รองศาสตราจารย์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

^a Corresponding author: มธุรส สว่างบำรุง Email: marosesom@yahoo.com

รับบทความ: 3 ต.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 17 พ.ย. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 17 พ.ย. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์: 7 ม.ค. 67

The Effects of Dharma Therapy Program and Group Counseling on Stress in Older Adults with Non-Communicable Disease

Maturose Sawangbumrung^{*a}

Abstract

This quasi-experimental research aimed to compare: stress mean score in older adults with non-communicable diseases between those who joined and did not join the program before and after receiving Dharma therapy program before and after joining the group counseling and compare between those receiving the Dharma therapy program, the group counseling, and the control group. Samples were consisted of older adults with 4 NCDs group, aged 60-85 years old. The samples were recruited using a stratified sampling technique first and then using a purposive sampling. There were two experimental and one control groups with the total samples of 24 persons. The research instruments were questionnaire of stress with NCDs the reliability value of 0.95. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test for dependent samples, t-test for independent samples and F-test. Findings revealed that, after the experiment and follow up, 1) there was a significant difference in stress mean scores between the group receiving Dharma therapy program and the control group ($p=0.05$); 2) there was significant difference in stress mean scores between the group receiving counseling and the control group ($p=0.05$; and 3) there was a significant difference in stress mean scores among groups 1, 2 and 3 at $p=0.05$. Therefore, both of these methods have a positive effect on promoting the mental health of the older adults in terms of stress and being able to adapt to face the reality of non-communicable diseases in a balanced life.

Keywords: Dharma therapy program; Group counseling; Stress; Older adults;
Non-communicable disease

^{*} Associate Professor, Faculty of Liberal Arts, Maejo University

^a Corresponding author: Maturose Sawangbumrung Email: marosesom@yahoo.com

Received: Oct. 3, 23; Revised: Nov. 17, 23; Accepted: Nov. 17, 23; Published Online: Jan. 7, 24

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูงวัยของประชากรเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกในรอบทศวรรษนี้ ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้ว ได้กลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ประเทศกำลังพัฒนามีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจาก อัตราเกิดลดลงและผู้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี 2021 โลกของเรามีประชากรรวมทั้งหมด 7,875 ล้านคน โดยมี “ผู้สูงอายุ” ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด ในปี 2021 ประเทศสมาชิกอาเซียน 7 ประเทศ เป็นสังคมสูงอายุ คือมีอัตราผู้สูงอายุ เกินร้อยละ 10 ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 22) ไทย (ร้อยละ 19) เวียดนาม (ร้อยละ 13) มาเลเซีย (ร้อยละ 11) อินโดนีเซีย (ร้อยละ 10) เมียนมา (ร้อยละ 10) และบรูไน (ร้อยละ 10)⁽¹⁾ และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น กลุ่มโรค NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลก เสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมาคือ โรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปีหรือเรียกว่า “การเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำ และกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง⁽²⁾ 37 คนต่อชั่วโมง หรือ 320,000 คนต่อปีที่คนไทยตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือ NCDs อันดับหนึ่ง คือโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 4.59 หรือประมาณ 28,000 คน รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด โรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน และความดันโลหิตสูง ตามลำดับ สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ โดยมีแนวโน้มการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น⁽³⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคในกลุ่มผู้สูงอายุต้องประสบกับปัญหาสุขภาพด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังนำมาซึ่งความเครียดทางจิตใจ

งานวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 61.4) รองลงมาคือ เบาหวาน (ร้อยละ 38.6) ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่ มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 76.35) รองลงมาความเครียดสูง (ร้อยละ 19.9)⁽⁴⁾ ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สามารถทำนายคุณภาพชีวิตร้อยละ 40.8 ($\text{adj}R^2 = 0.408$, $p < 0.001$) ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า ($\text{adj}R^2 = 0.324$) และความเครียด ($\text{adj}R^2 = 0.166$)⁽⁵⁾ ภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือโรคที่รักษาไม่หาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง โรคสมองเสื่อม เป็นต้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดปัญหาทางด้านจิตใจตามมา รู้สึกเบื่อหน่ายในการรักษาที่ยืดเยื้อ ยุ่งยาก เจ็บตัว มีค่าใช้จ่ายที่สูง โดยที่มีผลการรักษา

ไม่หายขาด ผู้สูงอายุจึงไม่ยอมร่วมมือในการรักษา ทำให้อาการทรุดหนักอย่างรวดเร็ว ทนทุกข์ทรมาน มีคุณภาพชีวิตลดลง⁽⁶⁾ ดังนั้น การลดความเครียดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยจึงพิจารณา นำแนวคิด 2 มิติ คือ หนึ่งแนวคิดพระพุทธศาสนาเป็นแนวคิดโลกตะวันออก (Eastern world) ซึ่งมีเป้าหมาย คือการพ้นทุกข์ พุทธศาสนิกชนส่วนใหญ่ แม้จะไม่เข้าใจเรื่องการปฏิบัติเพื่อความพ้นทุกข์ แต่ก็ได้ยินได้ฟัง กันอยู่ว่า คือ มรรคมีองค์แปด มีสัมมาทิฐิ ความเห็นชอบเป็นปฐม คือ การจะปฏิบัติเพื่อความพ้นทุกข์ ไม่ว่ามาก ไม่ว่าน้อย ไม่ว่าเบา จะต้องมียุติธรรมสัมมาทิฐิความเห็นชอบเป็นประการต้นเป็นประการสำคัญ⁽⁷⁾ ส่วนแนวคิดการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มพื้นฐานจากโลกตะวันตก (Western word) ปรับใช้กับความเครียด สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า มีการระบุประเด็นสำคัญสามประการ ได้แก่ "ความรู้สึกเป็นอยู่ที่ดี" "การมี สุขภาพกายที่ดี" และ "การรักษาสุขภาพจิตที่ดี" ผู้เข้าร่วมรับรู้ว่าการสูงวัยที่ดีนั้นได้รับอิทธิพลจากความรู้สึก เชิงบวก เช่น มีความสุข การพึ่งพาตนเองได้ มีเป้าหมายในชีวิต มีความพอใจในตนเอง⁽⁸⁾ ซึ่งทั้ง 2 แนวคิด ต่างมีกรอบคิดหลักการและวิธีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงเห็นถึงความสำคัญมุ่งนำมาปรับประยุกต์ใช้ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมเพื่อประโยชน์ ต่อการลดความเครียดในภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ดีขึ้นสามารถปรับตัวต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมธรรมชาติบำบัด
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในกลุ่มที่เข้าร่วม โปรแกรมกับกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม ก่อนและหลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่าง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมธรรมชาติบำบัด กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม และกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ประกอบด้วยกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม วัดผล 3 ครั้ง ก่อน-หลังการทดลอง และวัดซ้ำระยะติดตามผลเว้นระยะห่าง 1 เดือน (Pretest-posttest) กลุ่มทดลองที่ 1 (ได้รับโปรแกรมธรรมชาติบำบัด) กลุ่มทดลองที่ 2 (ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม) และกลุ่มควบคุม ไม่ได้รับการจัดกระทำ (Treatment) ดำเนินการทดลอง ช่วงเดือน มีนาคม-เมษายน 2564 รวมระยะเวลา 5 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-85 ปี มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 กลุ่มโรค คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และข้อเสื่อม ซึ่งมีค่าคะแนนความเครียดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก ระหว่าง 2.51-3.25 ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่าง 15% คำนวณได้เท่ากับ 19.5 คน แต่เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Drop-out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 รวมจำนวนทั้งหมด 24 คน โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling)

แบ่งเป็น 2 เขตหมู่บ้าน หลังจากนั้น สุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) จัดแบ่ง 3 กลุ่มๆ ละ 8 คนจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันมากที่สุด (Matched-pairs) และมีความเท่าเทียมกัน (Equivalent) ประกอบด้วย กลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria)

- 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-85 ปี
- 2) มีค่าคะแนนความเครียดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก ระหว่าง 2.51-3.25
- 3) มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และข้อเสื่อม
- 4) ไม่เคยมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ความเครียดรุนแรง หรือเป็นโรคสมองเสื่อม
- 5) มีความสนใจและลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประเภทอื่น เช่น โรคหัวใจ โรคเมเร็ง โรคอ้วน เป็นต้น
- 2) มีค่าคะแนนความเครียดระดับต่ำกว่าปกติ ปานกลาง หรือ มากที่สุด
- 3) มีข้อจำกัด หรือเงื่อนไขชีวิตส่วนบุคคลที่ไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้
- 4) ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมทดลองเกิน 2 ครั้ง

ขั้นตอนดำเนินงานทดลอง มี 3 ขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. **ก่อนดำเนินการทดลอง** ผู้วิจัยส่งจดหมายบันทึกข้อความถึงเทศบาลตำบลป่าไผ่ ประธานชุมชน/ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุใน 2 เขตหมู่บ้าน เพื่อแจ้งขออนุญาตเก็บข้อมูลกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 กลุ่มโรค จากนั้นเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามความเครียดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุทดสอบก่อนทดลอง (Pretest) ใช้เวลาไม่เกิน 30 นาที/1 ท่าน คัดเลือกผู้ที่ผ่านเกณฑ์ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด จำนวน 24 คน หลังจากนั้นกำหนดนัดหมายเชิญประชุมชี้แจงลำดับขั้นตอนดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยจัดแบ่งกลุ่มแบบเจาะจง จำนวน 3 กลุ่มๆละ 8 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 2 กลุ่ม และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม พร้อมกำหนดนัดหมายในเรื่องวัน เวลา สถานที่ กับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเข้าสู่ขั้นตอนดำเนินการทดลองต่อไป

2. ดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลองที่ 1 (โปรแกรมธรรมะบำบัด) ดำเนินการโดยผู้วิจัย และวิทยากรพิเศษ โดยพระราชวิสุทธิญาณ (ชั้นยศสมณศักดิ์ในขณะนั้น) เจ้าคณะจังหวัดเชียงใหม่-ลำพูน-แม่ฮ่องสอน (ธ) เจ้าอาวาสวัดป่าดาราภิรมย์ พระอารามหลวง พระภิกษุสงฆ์จากวัดป่าดาราภิรมย์ และวัดเจติยแม่ครัว ช่วงเวลาอบรม 1 ครั้ง / 1 สัปดาห์ ในวันเสาร์ เวลา 9.00-10.30 น. รวมทั้งหมด 5 สัปดาห์



ภาพที่ 1 พระเทพวชิราธิติ (ชั้นยศสมณศักดิ์ในปัจจุบัน) เจ้าคณะจังหวัดเชียงใหม่- ลำพูน-แม่ฮ่องสอน (ธ) เจ้าอาวาสวัดป่าตาราภิรมย์ พระอารามหลวง องค์ประธานสงฆ์เมตตาอบรมธรรมะบำบัด (ครั้งที่ 1) แก่ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองที่ 1

กลุ่มทดลองที่ 2 (การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม) ผู้วิจัย ดำเนินงานทดลอง จัด 1 ครั้ง/1 สัปดาห์ ในวันอาทิตย์ เวลา 9.00-10.30 น. รวมทั้งหมด 5 สัปดาห์

กลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม) ดำเนินชีวิตตามปกติ เมื่อครบทั้ง 5 สัปดาห์ ผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ทำแบบสอบถาม (Posttest) (ครั้งที่ 2) ทันที หลังจากนั้น ผู้วิจัยแจ้งกำหนดการนัดหมายในระยะติดตามผล (Follow up) เว้นห่าง 1 เดือน เรื่อยวัน เวลา สถานที่ในลำดับขั้นตอนต่อไป

3. ขั้นตอนระยะติดตามผล ผู้วิจัยติดตามผลหลังการทดลองเว้นระยะห่าง 1 เดือนในช่วง เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2564 โดยผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มทำแบบสอบถาม ทดสอบหลัง (Posttest) (ครั้งที่ 3) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์สถิติต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามความเครียดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้แนวคิดความเครียดของ Lazarus & Folkman⁽⁹⁾ ด้วยแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert-type scale) กำหนดให้มีลักษณะแบบ 4 ช่วงคะแนน ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับลักษณะประชากรศาสตร์และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ คำถาม เพศ อายุ ฯลฯ ส่วนที่ 2 ข้อคำถามประเมินระดับความเครียดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 15 ข้อ แบ่ง 4 ช่วงระดับจากน้อย ปานกลาง มาก มากที่สุด กำหนดเกณฑ์การวัดและการแปลค่ามีความเครียด ตั้งแต่ 3.26-4.00 หมายถึงมีความเครียดระดับมากที่สุด 2.51-3.25 มีความเครียดระดับมาก 1.76-2.50 มีความเครียดระดับปานกลาง และ 1.00-1.75 มีความเครียดระดับน้อย

2. คู่มือโปรแกรมธรรมะบำบัด และคู่มือโปรแกรมการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม โดยใช้หลักทฤษฎี เผชิญความจริง (Reality therapy) และแนวคิดการให้คำปรึกษาของ Gladding⁽¹⁰⁾ มาปรับประยุกต์ใช้

ผู้วิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารเพื่อการพัฒนาสุขภาพและด้านจิตวิทยาพิจารณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ จำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content validity) ดัชนี ความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence index: IOC) ดัชนี

ความตรงของเนื้อหาารายข้อ (Item content validity index: I-CVI) และความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content validity for scale: S-CVI) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.67-1.00 และค่าดัชนีความสอดคล้องของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.97 ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้สมบูรณ์นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 30 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ระดับความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS) ประกอบด้วย สถิติพรรณนา สถิติทดสอบ t-test for dependent, t-test for independent, การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way analysis of variance) โดยใช้สถิติทดสอบ F-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05

การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัคร

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหน่วยงานเทศบาล เจ้าอาวาส ประธานชุมชน/ผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ตรวจสอบความชัดเจนของคุณสมบัติผู้สูงอายุตามเกณฑ์คัดเข้า คัดออกที่กำหนด ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย ความเสี่ยงและการปกป้อง 7 ด้าน ค่าชดเชยเสียเวลา การรักษาความลับของข้อมูลอย่างปลอดภัย และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง พร้อมแจกเอกสารชี้แจงแก่อาสาสมัครผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุยินยอมสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ลงนามในเอกสารยินยอม งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่ HE-RDI-NRRU.171/2563

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.8 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.0 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 57.2 ประกอบอาชีพ ได้แก่ อาชีพค้าขาย รับจ้าง เกษตรกร เย็บผ้า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เภรณญิก กรรมการประปาหมู่บ้าน และมัคทายก คิดเป็นร้อยละ 72.7 และในปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 27.3 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 47.6 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 1-3,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 61.9 มีรายได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 81.8 ส่วนใหญ่มีภาระหนี้สิน ได้แก่ หนี้สินกับสหกรณ์ กองทุนหมู่บ้าน ธนาคารเพื่อการเกษตร (ธกส.) คิดเป็นร้อยละ 54.5 และไม่มีภาระหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 45.5 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 54.5 มีความสุข คิดเป็นร้อยละ 95.5 เป็นโรคข้อเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 75.0 ส่วนใหญ่ได้รับยาความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 70.6 มีปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมาแล้ว 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 52.4 ทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 100.0 รักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นอยู่โดยการไปพบแพทย์ตรวจรักษาตามนัด ไม่เคยมีอาการหนักจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คิดเป็นร้อยละ 57.1 เคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 57.1 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ (30 บาทรักษาทุกโรค) ในการรักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 63.6 สามารถช่วยเหลือพึ่งพาตนเองได้ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 50.0 ส่วนใหญ่ไม่มีอารมณ์เด่นอย่างอื่นนอกจากอารมณ์เครียด คิดเป็นร้อยละ 61.9 นอกจากนี้ ทั้งหมด

คิดเป็น ร้อยละ 100.0 เคยระบายนความเครียดด้วยการสนทนา แลกเปลี่ยนข้อมูล หรือปรึกษาเรื่องปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังกับกลุ่มเพื่อนร่วมวัยผู้สูงอายุ

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดในผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 กับกลุ่มควบคุมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมหลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์และระยะติดตามผล

คะแนนความเครียด	n	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม						
กลุ่มโปรแกรมธรรมชาติบำบัด	8	41.88	3.182	14	0.000	1.000
กลุ่มควบคุม	8	41.88	3.758			
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์						
กลุ่มโปรแกรมธรรมชาติบำบัด	8	21.25	6.112	14	-5.075	0.000
กลุ่มควบคุม	8	36.38	5.805			
ระยะติดตามผล						
กลุ่มโปรแกรมธรรมชาติบำบัด	7*	21.00	3.512	13	-4.362	0.001
กลุ่มควบคุม	8	35.00	7.801			

หมายเหตุ

- 1) เนื่องจากระยะติดตามผลเว้นห่าง 1 เดือน สมาชิกในกลุ่มทดลองที่ 1 (โปรแกรมธรรมชาติบำบัด) ขาดการติดต่อ จำนวน 1 คน ภายใต้งานการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 เมษายน พ.ศ. 2564
- 2) * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 1 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมธรรมชาติบำบัดกับกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แต่ในช่วงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์ และระยะติดตามผล กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมธรรมชาติบำบัดกับกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มกลุ่มทดลองที่ 2 กับกลุ่มควบคุม ก่อนได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม หลังได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มครบ 5 สัปดาห์ และระยะติดตามผล

คะแนนความเครียด	n	$\bar{x}$	SD	df	t	p-value
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม						
กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม	8	47.75	3.284	14	1.629	0.126
กลุ่มควบคุม	8	41.88	3.758			
หลังเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์						
กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม	8	21.00	2.619	9.736*	-6.829*	0.000
กลุ่มควบคุม	8	36.38	5.805			
ระยะติดตามผล						
กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม	8	23.88	2.475	14	-3.845	0.002
กลุ่มควบคุม	8	35.00	7.801			

หมายเหตุ

- 1) เนื่องจากผลการทดสอบ พบว่า ความแปรปรวนคะแนนความเครียดของกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุมไม่เท่ากัน จึงต้องใช้ df และค่าสถิติทดสอบ t กรณี Equal variance not assumed
- 2) * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 พบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แต่ในช่วงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์ และระยะติดตามผล กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 (โปรแกรมธรรมชาติบำบัด) กลุ่มทดลองที่ 2 (การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม) และกลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม) ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมทดลอง

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2	44.083	22.042	1.887	0.176
ภายในกลุ่ม	21	245.250	11.679		
รวม	23	289.333			

จากตารางที่ 3 พบว่า ช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมธรรมชาติบำบัด กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 (โปรแกรมธรรมชาติบำบัด) กลุ่มทดลองที่ 2 (การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม) และกลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2	1,240.583	620.292	23.885	0.000*
ภายในกลุ่ม	21	545.375	25.970		
รวม	23	1,785.958			

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์ ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมธรรมชาติบำบัด กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยวิธี Dunnett T3 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่ากลุ่มทดลองที่ 1 (โปรแกรมธรรมชาติบำบัด) กลุ่มทดลองที่ 2 (การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม) มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน แต่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 (โปรแกรมธรรมชาติบำบัด) กลุ่มทดลองที่ 2 (การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม) และ กลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม) หลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์

กลุ่มที่	$\bar{x}$	SD	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
			กลุ่มทดลองที่ 1	กลุ่มทดลองที่ 2	กลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม)
กลุ่มทดลองที่ 1	21.25	6.112	—	—	—
กลุ่มทดลองที่ 2	21.00	2.619	0.250	—	—
กลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม)	36.38	5.805	-15.125*	-15.375*	—

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 (โปรแกรมธรรมชาติบำบัด) กลุ่มที่ 2 (การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม) และกลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม) ในระยะติดตามผล

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	2	841.734	420.867	15.505	0.000*
ภายในกลุ่ม	20	542.875	27.144		
รวม	22	1,384.609			

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 6 พบว่า ในระยะติดตามผล ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมธรรมชาติบำบัด กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยวิธี Dunnett T3 ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่ากลุ่มทดลองที่ 1 (โปรแกรมธรรมชาติบำบัด) กลุ่มทดลองที่ 2 (การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม) มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกัน แต่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับกลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของความเครียดของผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองที่ 1 (โปรแกรมธรรมชาติบำบัด) กลุ่มทดลองที่ 2 (การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม) และกลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม) ในระยะติดตามผล

กลุ่มที่	$\bar{x}$	SD	ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
			กลุ่มทดลองที่ 1	กลุ่มทดลองที่ 2	กลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม)
กลุ่มทดลองที่ 1	21.00	3.512	—	—	—
กลุ่มทดลองที่ 2	23.88	2.475	-2.875	—	—
กลุ่มที่ 3 (กลุ่มควบคุม)	35.00	7.801	-14.000*	-11.125*	—

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

1. จากการศึกษาพบว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมธรรมชาติบำบัดกับกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แต่ในช่วงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์ และระยะติดตามผล กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมธรรมชาติบำบัดกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้โดยวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจมุมมองทางพุทธศาสนาต่อการจัดการความเครียดโดยการวิเคราะห์กรอบแนวคิดของต้นกำเนิดการพึ่งพา (ปฏิจจนูปบาท) ความจริงธรรมสี่ประการตามที่พระพุทธเจ้าทรงสอนไว้ว่า ชีวิตเต็มไปด้วยความเครียด (ทุกข์ Dukkha) คือ สาเหตุของความเครียดเหล่านี้เป็นไปได้ที่จะหยุดความเครียดและมีวิธีหยุดความเครียดโดยทำตามเส้นทางมรรค 8 (Noble eightfold path) คำอธิบายที่ลึกซึ้งยิ่งขึ้นเกี่ยวกับความเครียดได้รับจากพระพุทธเจ้าในปฏิจจนูปบาทสูตร ซึ่งรวมถึงการอธิบายรายละเอียดธรรมชาติของความเครียดและการอธิบายวิวัฒนาการหรือวงจรชีวิตของสิ่งมีชีวิตทั้งหมด ปฏิจจนูปบาท จารึกในพระไตรปิฎกใน 2 แนวทาง: การนำเสนอทั่วไป ซึ่งไม่ได้ระบุแต่ละปัจจัยแยกกัน และการนำเสนอโดยละเอียดซึ่งอธิบายและวิเคราะห์แต่ละปัจจัยแยกกันและครอบคลุม งานนี้ถูกนำมาใช้ทั้งสองวิธีเพื่ออธิบายสาเหตุและแนวทางแก้ไขที่เป็นไปได้เพื่อบรรเทาและปลดปล่อยความเครียดที่สำคัญ⁽¹¹⁾ การฝึกสติ (Mindfulness) ในปริมาณสูงช่วยลดความเครียดทั้งในการรับรู้และความเครียดชั่วขณะ⁽¹²⁾ การใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักวิถีพุทธ พบว่าภาพรวมการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก กิจกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การสวดมนต์ไหว้พระ นั่งสมาธิ เจริญสติ และเดินจงกรม ตามคู่มือการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักวิถีพุทธทำให้มีจิตใจที่สบาย สงบ จิตใจมั่นคงเข้มแข็ง⁽¹³⁾ ดังนั้น ระดับความเครียดหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01⁽¹⁴⁾

2. ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 แต่ในช่วงหลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์ และระยะติดตามผล กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มกับกลุ่มควบคุมมีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มก่อประโยชน์ต่อสมาชิกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่า การให้การปรึกษาผู้สูงอายุ (Elderly counseling) หมายถึง การช่วยให้ผู้สูงอายุมีการใช้ชีวิตที่มีความสุข มีการยอมรับสภาพความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจด้วยความเข้าใจ และมีกำลังใจในการดำรงชีวิตต่อไปด้วยสุขภาพจิตที่ดี ย่อมส่งผลดีต่อการช่วยเหลือตนเองในการดูแลทางด้านร่างกายของตนให้ดียิ่งขึ้น ไม่เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวังจนไม่ยอมทำกิจกรรมใดๆ มีการเข้าร่วมกิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต⁽¹⁵⁾ หลังใช้รูปแบบกลุ่มทดลองมีความรอบรู้สุขภาพสูงขึ้นทุกด้าน และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูงและสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่งผลให้ผู้สูงอายุติดสัจคมมีระดับความรอบรู้สุขภาพที่สูงขึ้นและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้นอันส่งผลให้ผู้สูงอายุติดสัจคมในพื้นที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีลดภาระต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมต่อไป⁽¹⁶⁾ สามารถลดและเอาชนะปัญหาทางอารมณ์เชิงลบ เช่น ภาวะซึมเศร้าและความเครียดและความวิตกกังวลที่โดดเด่นมากขึ้นและสามารถปรับปรุงความฉลาดทางจิตวิญญาณผ่านการให้คำปรึกษากลุ่มด้วยวิธีการทางจิตวิญญาณ⁽¹⁷⁾ ส่วนงานวิจัยอื่นมีข้อค้นพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และเจตคติเรื่องโรคเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรังหลังให้คำปรึกษาแบบกลุ่มมีคะแนนความรู้และเจตคติเพิ่มขึ้น คะแนนความรู้และเจตคติหลังให้คำปรึกษา 1 เดือนน้อยกว่าคะแนน

หลังให้คำปรึกษาทันที แต่ไม่น้อยกว่าก่อนให้คำปรึกษาอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ส่วนด้านการปฏิบัติตัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวก่อนการให้คำปรึกษาเท่ากับ 21.75 และหลังการให้คำปรึกษาเท่ากับ 23.27 เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่า คะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติตัวหลังการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)⁽¹⁸⁾

3. ผลการเปรียบเทียบช่วงก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมธรรมชาติบำบัด กลุ่มที่ได้รับการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มและกลุ่มควบคุม มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ส่วนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมครบ 5 สัปดาห์และระยะติดตามผล มีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพิ่มขึ้น 1.39 คะแนน (95%CI: 1.06-2.58, $p < 0.001$) ระดับ FBS ลดลง 39.76 mg/dL (95%CI: 26.79 to 52.73, $p < 0.001$) และหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีค่า HbA1c ≤ 7 mg% สูงถึงร้อยละ 40.00 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มี HbA1c ≤ 7 mg% เพียงร้อยละ 6.67 และรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยหลักธรรมโอสธของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 1) การจัดกิจกรรมทางพระพุทธศาสนาควบคู่กับการดูแลสุขภาพของแพทย์แผนปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง เช่น การฟังธรรมเทศนา การสวดมนต์และการเจริญสมาธิ 2) การให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานปฏิบัติเจริญสมาธิอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ⁽¹⁹⁾ ซึ่งในมิติมุมมองทางพุทธศาสนาและตะวันตกเกี่ยวกับความทุกข์ความเครียดและการจัดการกับนิยามที่ชัดเจนของความเครียดที่กำหนดโดยวัฒนธรรมพุทธและตะวันตกเป็นรากฐานสำหรับรูปแบบการจัดการที่แตกต่างกันของพวกเขา วัฒนธรรมประเพณีและแนวทางการปฏิบัติ ทุกข์ซึ่งมาจากอริยสัจ 4 ของพระพุทธเจ้าปรากฏบนพื้นผิวที่คล้ายคลึงกับความเครียดทางจิตใจ การตรวจสอบจักรวาลวิทยาตะวันออกในระยะต่อไปทำให้เกิดความขัดแย้งพื้นฐานระหว่างตะวันตกทฤษฎีจิตวิทยา และแนวคิดของชาวพุทธเกี่ยวกับความทุกข์และความเครียดที่เกี่ยวข้องกับการผสมผสานความเป็นจริงเข้ากับการกำหนด การวิจัยข้ามวัฒนธรรมเกี่ยวกับแนวทางดั้งเดิมในการรับมือกับความเครียดจากการทำงาน พบว่า การแก้ปัญหาเป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด⁽²⁰⁾ อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่าแนวคิดทั้งสองจะมีกรอบคิดและวิธีการปฏิบัติที่แตกต่างกัน แต่กลับมีวัตถุประสงค์อย่างเดียวกันในประเด็นเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี สามารถจัดการอารมณ์ความคิดความเครียดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือปัญหาอื่นๆ ในชีวิตเพื่อให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดจึงมีคะแนนความเครียดโดยเฉลี่ยแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ

1. ควรพัฒนาโปรแกรมทางด้านพระพุทธศาสนาและการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มขยายผลไปยังผู้สูงอายุที่มีความเครียดในกลุ่มโรคอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคซึมเศร้า เป็นต้น
2. เพิ่มวิธีการบำบัดด้วยรูปแบบหรือทางเลือกให้หลากหลายเพื่อมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาทางความคิด-อารมณ์ของผู้สูงอายุให้สุขภาพจิตที่ดี เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive-behavioral

therapy: CBT) หรือเน้นกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น กิจกรรมบำบัด (Activity therapy) โปรแกรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสุขภาพของผู้สูงอายุ การท่องเที่ยวบำบัด (Tourism therapy) หรือ โปรแกรมสัมผัสพื้นที่สีเขียวและสีฟ้า (Green space and Blue space) เป็นต้น

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเครียดและการจัดการอารมณ์ การแก้ไขปัญหาชีวิต ด้านรายได้ทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ
2. ควรศึกษาผลกระทบระยะสั้น และระยะยาวของความเครียดจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยประสบความสำเร็จอย่างดียิ่ง ขอขอบพระคุณ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้ เทศบาลเมืองแม่โจ้ เทศบาลตำบลป่าไผ่ กลุ่มผู้สูงอายุทุกท่านที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 กลุ่มโรค เจ้าอาวาสวัดป่าเหมือด พระเทพวชิราธิบดี เจ้าอาวาสวัดป่าดาราภิรมย์ พระอารามหลวงและพระภิกษุสงฆ์ทุกรูป ผศ. ฉัตรดา วงศ์สถาน ผศ.ดร.หนึ่งหทัย ชัยอากร รวมถึงบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
2. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์; 2563.
3. ภูติท เตชาดิวัฒน์. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพ ลดอัตราการตายก่อนวัยอันควรแนว“เวชศาสตร์วิถีชีวิต”. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ต.ค. 3] เข้าถึงได้จาก: <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/183512bc-a33a-ec11-80fa-00155db45613>
4. ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง, ธัญรศม์ ภูงศ์ชัย, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์, ภัควรินทร์ ภัทศิริสมบุญ. ความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง ตำบลนาเสียว อำเภอมือง จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;16(2):78-89.
5. อารมณ ร่มเย็น. ผลของการพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2565;15(3): 301-14.
6. ภาณุวัฒน์ ว่องตระกูลเรือง. สุขภาพจิตผู้สูงอายุ เรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2566 ก.ย. 30] เข้าถึงได้จาก: <https://www.nakornthon.com/article/detail/>
7. สมเด็จพระสังฆราชเจ้ากรมหลวงวชิรญาณสังวร. การบริหารทางจิตสำหรับผู้ใหญ่. สมุทรสาคร: บริษัทพิมพ์ดี จำกัด; 2564.

8. Halaweh H, Dahlin-Ivanoff S, Svantesson U, Willén C. Perspectives of Older Adults on Aging Well: A Focus Group Study. *J Aging Res.* 2018 Nov 4;2018:9858252. doi: 10.1155/2018/9858252.
9. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping.* New York: Springer Publishing Company; 1984.
10. Gladding ST. *Counseling a comprehensive profession.* New Jersey: Prentice-Hall; 2000.
11. Kahn A. A Buddhist approach to stress management from the perspective of dependent origination (DOSM). *The Journal Of International Buddhist Studies College* 2021;6(2): 32-48.
12. Chin B, Slutsky J, Raye J, Creswell JD. Mindfulness Training Reduces Stress At Work: A Randomized Controlled Trial. *Mindfulness (N Y).* 2019 Apr;10(4):627-638. doi: 10.1007/s12671-018-1022-0.
13. จิตติยา เนตรวงษ์, รัชฎาพร อธิวรรณ. การใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักวิถีพุทธที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดีของผู้สูงอายุ. *วารสารวิทยาลัยราชสุตา.* 2562;15(1):50-62.
14. ฤทธิ เทพไทยอำนวย. ผลการเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมนันทนาการและการบันเทิงที่มีต่อระดับความเครียดของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณ์ วัดม่วง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารชุมชนวิจัย.* 2560;11(2):142-55.
15. World Health Organization. WHOQOL measuring quality of life. [online] 1997[cited 1997 Dec 11]. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf
16. ภัทรกร แคว้นคอนนิม, พรสุข หุ่นนิรันดร์. การพัฒนารูปแบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุติดสังคมระดับอำเภอของเขตสุขภาพที่ 7. *วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่.* 2563;21(2):63-79.
17. Dami ZA, Setiawan I, Sudarmanto G, Lu Y. Effectiveness Of group counseling on depression, anxiety, stress and components of spiritual intelligence in student. *International Journal of Scientific & Technology Research* 2019;8(9):236-43.
18. พิศุทธิ์ ชนรัตน์. ผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตระยะเริ่มต้นที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพหวายอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11.* 2562;33(1):217-30.
19. ศิริลักษณ์ วรไวย, พระอธิการวงศ์แก้ว วราโภ, ภาคภูมิ อินทร์ม่วง. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้วยหลักธรรมโอสธของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข.* 2562;28 (ฉบับเพิ่มเติม 2):S90-S100.
20. Tyson PD, Pongruengphant R. Buddhist and western perspectives on suffering, stress, and coping. *Journal of Religion and Health.* 2007;46(3):351-7.